



DEMANDE DE LICENCE 2025 – 2026

MONTANT DE LA COTISATION

- 150€ la première licence, puis 125€ pour chaque licence supplémentaire au sein d'un même foyer.

PRISE DE LICENCE

- Bordereaux de Licence (imprimé n° 25-2) et d'assurance (imprimé n° 25-2-2) remplis et signés
- Auto-questionnaire (imprimé n° 25-10-2) fourni et signé.
- Imprimé de droit à l'image rempli et signé
- Règlement intérieur : à lire à la salle sur demande ou bien sur le site : <https://www.aslibournett.com/>

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ASLTT et m'engage à le respecter

Dossier déposé le ____ / ____ / 202_

Date et Signature

Cadre réservé à l'Association Sportive Libourne Tennis de Table Inscription prise par : _____, le ____ / ____ / ____		
Licence Compétition <input type="checkbox"/>		
Licence loisir <input type="checkbox"/>		
Montant : _____ €	Paiement échelonné suivant calendrier	
Attestation de paiement Demandée <input type="checkbox"/>	Montant	A déposer le
Attestation de don Demandée <input type="checkbox"/>		
		Mode de Paiement
		<input type="checkbox"/> Chèque
		<input type="checkbox"/> Espèces
		<input type="checkbox"/> Virement
		<input type="checkbox"/> Pass-Sport

INFORMATIONS

- Adresse du site : <https://www.aslibournett.com/>
- Calendrier : affiché à la salle et sur le site
- Statuts du club : envoyé par messagerie à la demande

**N° 25-2****BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE
Saison 2025/2026**

Association : _____ Numéro : _____

Date : _____

Réservé Ligue ou Comité

Date de Validation : _____

Première demande : <input type="checkbox"/>	Renouvellement : <input type="checkbox"/>	Reprise d'activité : <input type="checkbox"/>	Transfert : <input type="checkbox"/>
Compétition : <input type="checkbox"/>	Loisir : <input type="checkbox"/>	Dirigeant : <input type="checkbox"/>	Mutation : <input type="checkbox"/>

N° de licence (renouvellement ou reprise d'activité) : _____

Nom d'usage * : _____ Prénom * : _____

Nom de naissance ** : _____ Date de Naissance * : _____

Pays de naissance ** : _____ Ville de naissance / Code postal ** : _____

Sexe* : _____ Nationalité* : _____ Si né à l'étranger : Nom - Prénom du père : _____

Nom - Prénom de la mère : _____

Classement : _____ Points : _____
(si reprise d'activité, préciser le dernier classement connu, les points et l'année)

Adresse * : _____

Code Postal * : _____ Ville * : _____

Téléphone Fixe : _____ Téléphone Portable : _____

Courriel * : _____

Dirigeant : Encadrant : Arbitre / JA : Technicien : Contrôle d'Honorabilité : Si au moins une des 4 cases ci-dessus est cochée : Le licencié a été informé et a compris l'objet de ce contrôle **Vétéran :
né en 1985 et avantSénior :
du 01/01/86 au 31/12/06Junior :
du 01/01/07 au 31/12/10Cadet :
du 01/01/11 au 31/12/12Minime :
du 01/01/13 au 31/12/14Benjamin :
du 01/01/15 au 31/12/16Poussin :
né en 2017 et après

Les données à caractère personnel (nom, prénom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, courriel) sont indispensables à la délivrance de votre licence par la FFTT. Par la présente demande de licence, vous êtes informé de la publication de vos résultats obtenus au cours des compétitions en lien avec celle-ci sur les supports officiels de la FFTT ou agréés par celle-ci. Ces résultats feront apparaître vos nom, prénom, catégorie d'âge et club.

Certification médicale : (mention obligatoire *)

Je joins un certificat médical de pratique sportive de moins d'un an à la date de cette demande, établi par le médecin sur papier libre ou sur l'imprimé 25-9

J'ai fourni pour la saison 2024-2025 ou pour la saison 2023-2024 un certificat médical. Celui-ci a moins de trois ans à la date de cette demande et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical (formulaire 25-10-1)

Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les mineurs seulement (n°25-10-2)

Je ne joins pas de certificat médical ni d'attestation certifiant avoir répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical (pour majeur ou pour mineur) et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive

*** Vous devez cocher obligatoirement une de ces quatre cases et une seule**

Assurances : (mention obligatoire *)

J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire (voir document 25-2-2)

*** Vous devez cocher obligatoirement la case de prise de connaissance du document 25-2-2, et compléter ce dernier.****Protection des données**

En vertu du droit à l'oubli, vous avez le droit de demander à la FFTT l'effacement de vos données à caractère personnel (nom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, téléphone, courriel). Pour cela, merci de vous adresser à votre organisme gestionnaire.

En cas de non renouvellement de licence, ces données à caractère personnel seront conservées par la FFTT jusqu'à la fin de la saison suivante ; elles seront ensuite inaccessibles.

Signature du titulaire ou du représentant légal (pour les mineurs)

- J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFTT à des fins associatives (Opt-in FFTT)
- J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFTT à des fins commerciales (Opt-in Partenaires)
- Je refuse le contrôle d'honorabilité (si coché, je ne serai pas habilité à exercer des fonctions dirigeantes, d'encadrement ou d'arbitrage)
- Je refuse à la fédération la prise de vues et l'utilisation de celles-ci dans le cadre des publications fédérales, dans le respect de la personne

Fait à le Signature

* : Obligatoire pour tous les licenciés

** : Obligatoire pour tous les dirigeants et éducateurs, fortement conseillé pour les autres licenciés



MAIF garantit l'ensemble des licenciés de la Fédération Française de Tennis de Table

Le soussigné déclare avoir pris connaissance de l'extrait des conditions générales proposées par la FFTT figurant sur le site WEB de la FFTT à l'adresse www.fft.com, rubrique « administratif » et des assurances qui lui sont proposées, notamment une assurance dommage corporel de base et garanties complémentaires.

L'assurance dommage corporel "garantie de base" au tarif de :

- 0,38 € pour les vétérans,
- 0,38 € pour les séniors,
- 0,10 € pour les juniors, cadets, minimes, benjamins, poussins

Pourquoi souscrire une garantie individuelle accidents ?

Parce que la garantie Responsabilité Civile ne garantit pas vos propres dommages.

Parce que la souscription de cette assurance vous offre de nombreux avantages pour une cotisation minimale ; **ce montant étant compris dans le prix de la licence fédérale**, de chaque catégorie.

Parce que vous pourrez percevoir un capital ou un remboursement de frais médicaux en complément des indemnités versées par votre organisme social.

Parce que vous serez garanti sans franchise en complément de la sécurité sociale, pour vos frais médicaux et pour des prestations tel le forfait journalier, des frais de transport non pris en charge par la sécurité sociale et pour des frais dentaires (selon barème prévu au contrat).

Parce que vous pouvez profiter des garanties complémentaires à tarif négocié par la Fédération.

Une pratique sportive vous expose nécessairement à des dommages corporels et il est donc important de se protéger par la souscription d'une assurance adaptée, à tarif négocié par la Fédération.

Vous devez obligatoirement valider un des deux choix présents ci-dessous :

- Je souhaite souscrire à la garantie facultative de base « dommage corporel » ; 0,38 € pour les vétérans et séniors, 0,10 € pour les catégories jeunes (**inclus dans le tarif de la licence**)
- Je ne souhaite pas souscrire à la garantie facultative de base « dommage corporel ». Je demande le remboursement du montant de la prime d'assurance correspondante, tel que prévu dans la circulaire administrative, et ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « dommage corporel ».
- Le soussigné qui ne souhaite pas souscrire à l'assurance « dommage corporel » proposée reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de ses participations aux matchs. Il déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci-dessus.

Possibilité de souscrire aux garanties complémentaires si adhésion à la garantie de base « Assurance Dommage Corporel »

Garanties	Garantie Bronze	Garantie Argent	Garantie Or
Capitaux décès	10000 € / sinistre	20000 € / sinistre	30000 € / sinistre
Capitaux invalidité permanente en cas d'accidents corporels	20000 € / sinistre	40000 € / sinistre	50000 € / sinistre
Indemnité journalière (durée maxi. 360 jours)	NEANT	15 €/jour	25 €/jour
Frais médicaux	NEANT	NEANT	NEANT
Cotisations complémentaires T.T.C par Licencié	5 €	8 €	15 €

Pour obtenir plus de renseignements sur les garanties complémentaires, vous pouvez consulter la "Notice individuelle dommages corporels à l'attention des adhérents titulaires d'une licence FFTT" présente sur l'espace assurance du site fédéral.

Vous devez obligatoirement valider un des deux choix présents ci-dessous :

- Je souhaite souscrire** la garantie complémentaire **Bronze, Argent ou Or (barrer les mentions inutiles)** qui complètera, en cas d'accident corporel, la garantie de base de la licence. J'intègre la cotisation de complémentaire de 5 € (Bronze), 8 € (Argent) ou 15 € (Or) pour la saison 2025/2026 au règlement de ma cotisation club. J'ai bien noté que la garantie serait acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de la période de validité de ma licence.
- Je ne souhaite pas souscrire** cette garantie complémentaire.

Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site fédéral dans la rubrique "Jouer", sous-menu "Licences", onglet "Assurance", <https://www.fft.com/site/jouer/licences/assurance>

Il est également disponible par écrit auprès du responsable de votre club et sur simple demande auprès de votre comité, votre ligue ou de la FFTT.

Questionnaire de Santé pour Mineur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si êtes mineur au moment de la prise de la licence

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon

Ton âge: ans

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.

		Oui	Non
Durant les 12 derniers mois :			
1	Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)			
13	Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui :			
19	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents :			
22	Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? <small>(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié et de son représentant légal.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Ainsi, il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Tennis de Table.

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.

ATTESTATION

(Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)

Je soussigné :

NOM : _____

PRENOM : _____

N° de licence : _____

déclare avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans la circulaire administrative de la FFTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFTT ne pourra être recherchée.

Date et signature du joueur mineur

Date et signature du représentant légal obligatoire



AUTORISATION DIFFUSION D'IMAGES

Dans le cadre de la diffusion d'informations sur notre club de tennis de table, l'association est susceptible de demander la publication d'articles dans des journaux, ou d'illustrer son site internet, voire son compte Facebook, avec des photos d'adhérents dans l'exercice de leur sport (ou dans des moments d'attente) ou à l'occasion de réunions conviviales organisées dans le cadre de l'animation interne.

Pour cela, nous avons besoin de votre consentement et vous remercions de bien vouloir cocher les cases ci-dessous correspondant à vos choix.

Je soussigné(e) : (NOM)..... (PRENOM).....

Accepte que des photographies soient utilisées dans le journal :

Photographies de vous OUI NON (cocher la case correspondant à votre choix)

Photographies de votre enfant (*) OUI NON (cocher la case correspondant à votre choix)

Accepte que des photographies soient utilisées sur le site internet du club ou son compte Facebook :

Photographies de vous OUI NON (cocher la case correspondant à votre choix)

Photographies de votre enfant (*) OUI NON (cocher la case correspondant à votre choix)

(*) Préciser les nom et prénom de votre enfant :

Fait à : Le :

Signature :

ASSOCIATION SPORTIVE DE LIBOURNE TENNIS DE TABLE

<https://www.aslibournett.com/> aslibournett@gmail.com

Siège : Mairie de Libourne, 42 place Abel Surchamp 33500 Libourne